

**Maria Kózka<sup>1</sup>, Dariusz Bazaliński<sup>2, 3</sup>**

<sup>1</sup>Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

<sup>2</sup>Instytut Pielęgniarstwa i Zdrowia Publicznego, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

<sup>3</sup>Szpital Specjalistyczny, Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny w Brzozowie

# Zastosowanie systemu wspierająco-uczącego w opiece nad pacjentem z przetoką jelitową

The application of support-teaching system in care of a patient with the intestinal stoma

## STRESZCZENIE

Zabieg chirurgiczny zakończony wylonieniem przetoki jelitowej doprowadza do znacznego upośledzenia zarówno aktywności, jak i subiektywnej jakości życia. Zmiana obrazu własnego ciała, utrata kontroli nad funkcją zwieraczy, wystąpienie powikłań miejscowych lub ogólnych może w znacznym stopniu wydłużyć okres akceptacji i adaptacji do życia z przetoką. Interwencje pielęgniarские wdraża się na podstawie ogólnego stanu pacjenta, a także jego deficytu wiedzy i możliwości psychofizycznych.

Celem pracy jest przedstawienie praktycznego zastosowania systemu wspierająco-uczącego w opiece nad pacjentem z przetoką jelitową, który opiera się na asystowaniu pielęgniarce jako osoby pomagającej, motywującej w nauczaniu i przygotowaniu do samoopieki terapeutycznej. System stosuje się u osób, które są potencjalnie zdolne do opiekowania się sobą, ale nie mają wystarczającej wiedzy lub motywacji, lub wymagają pomocy w podejmowaniu decyzji. Głównymi metodami w tym systemie są udzielanie choremu wsparcia społecznego i uczenie go uzyskania przez niego samodzielności i niezależności w codziennym pielęgnowaniu i funkcjonowaniu z przetoką jelitową.

**Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (3): 337–341**

**Słowa kluczowe:** stomia, edukacja, pielęgniarka, system opieki

## ABSTRACT

Surgical procedure resulting with the creation of the intestinal stoma presents a difficult situation for the patient and leads to a significant impairment of one's activity as well as one's subjective quality of life. Changes considering body self-image, losing control over sphincter muscles, and local or general complications may significantly prolong the period of acceptance and adaptation to further life with the intestinal stoma. Nursing procedures are introduced based on patient's general health status as well as patient's lack of knowledge and psychophysical functioning.

The objective of this work is to present practical application of support-teaching system in care of a patient with the intestinal stoma. In this system, a nurse is an assistant supporting and motivating the patient in the process of patient's learning how to perform therapeutic self-care activities. This system applies for patients who are potentially capable of self-care however they lack the knowledge or motivation or simply need to be helped when making decisions. The major methods applied in this system include social support and patient's education in order to become independent and self-reliant in everyday care and function with the intestinal stoma.

**Nursing Topics 2010; 18 (3): 337–341**

**Key words:** stoma, education, nurse, care model

## Wstęp

Zabieg operacyjny jest podstawowym etapem leczenia zmian nowotworowych w obrębie dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Pozostawia trwały ślad w postaci blizn zarówno fizycznych, jak i psychicznych.

Doprowadza do znacznego upośledzenia aktywności i jakości życia często opisywanego w kategoriach obejmujących: pracę zawodową i twórczą, wypoczynek i rozrywkę, małżeństwo, rodzinę oraz w dużym i często niedocenianym stopniu życie intymne. Mimo dynamicz-

nego rozwoju pierwotnej i wtórnej profilaktyki raka jelita grubego oraz nowoczesnych technik chirurgicznych, u osób w 5.–7. dekadzie życia nadal często wytwarza się definitywną kolostomię z powodu progresji raka jelita grubego. Przetoka jelitowa — celowo wykonane chirurgiczne połączenie jelita ze skórą powłok brzusznych — odprowadza gazy i stolec w sytuacji, kiedy wypróżnienie drogą fizjologiczną staje się znacznie utrudnione lub niemożliwe. Ponadto wykonuje się stomię w celu ochrony (odbarczenia) zespolenia jelitowego lub zbiornika jelitowego w przypadku niepoddających się leczeniu zachowawczemu nieswoistych zapaleń jelita głównie u osób młodych w 2.–3. dekadzie życia. Dane epidemiologiczne wskazują, że w Polsce żyje ponad 20 tysięcy osób z przetoką jelitową, średnio rocznie w kraju wykonuje się 400 zabiegów wyłonienia przetoki jelitowej na jelicie cienkim (ileostomii) i około 2000 na jelicie grubym (kolostomii) [1–3].

Zdaniem wielu autorów zajmujących się problemem opieki nad pacjentem ze stomią, operacje zakończone jej wytworzeniem należą do najbardziej obciążających chorego. Obok lęku, nieodłącznie związanego z zabiegiem operacyjnym, pojawiają się inne, wiążące się z procesem adaptacji do zmiany wyglądu ciała, a także z sytuacją życiową osoby operowanej. Do podstawowych problemów chorego z przetoką jelitową wpływających na proces leczenia i rehabilitacji należą:

1. Utrata zdolności kontrolowania wypróżnień, którym towarzyszą przeżycia, takie jak w przypadku dużych życiowych strat. W związku z tymi przeżyciami występują: poczucie krzywdy, poczucie winy, złość, beznadziejność, niepokój, utrata zdolności koncentracji oraz inne zmiany dotyczące sprawności i funkcjonowania ciała. Większość autorów opisujących przeżycia chorych wskazuje, że przebiegają one na trzech etapach. Szok i zaprzeczenie, strach–złość–depresja oraz etap zrozumienia (akceptacji). Proces przeżywania strat ma swoją dynamikę i jest warunkowany wieloma czynnikami. Do najważniejszych można zaliczyć: kondycję psychofizyczną chorego, posiadany zasób wiedzy i umiejętności, powikłania pooperacyjne, a także otrzymane wsparcie od pracowników ochrony zdrowia, osób najbliższych, najczęściej bliskiej rodziny i grupy samopomocowej. Z utratą funkcji zwieraczy wiąże się utrata zdolności kontrolowania wypróżnień i lęk przez zabrudzeniem, uzależnieniem od sprzętu oraz wstyd. Czynniki te często powodują wycofanie z pełnionych funkcji społecznych.
2. Operacja narusza ludzkie ciało. Stosunek do swego ciała jest istotną częścią ważnego dla zdrowia psychicznego mechanizmu znanego w psychologii jako „obraz samego siebie”.  
Z wielu badań dotyczących adaptacji chorych do przetoki jelitowej wynika, że naruszenie fizyczno-

ści ma swoje konsekwencje w samoocenie, samoakceptacji i nie dotyczy tylko sfery wyglądu czy sprawności [1, 5, 6].

3. Powikłania stomii mogą wynikać z nieprawidłowej techniki operacji, chorób współistniejących, zwłaszcza przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, otyłości, cukrzycy, jak również z braku lub niedostatecznej wiedzy na temat pielęgnacji, rehabilitacji, zasad żywienia. Wystąpienie powikłań zarówno miejscowych, jak i ogólnoustrojowych może w znacznym stopniu opóźnić proces adaptacji i akceptacji przetoki [4–6].

### Cel pracy

Celem pracy jest zastosowanie systemu pielęgnowania wspierająco-uczącego w opiece nad pacjentem z przetoką jelitową.

### Metodyka

W pracy zastosowano retrospektywną analizę piśmiennictwa, wykorzystując założenia teorii samoopieki D. Orem oraz model opieki nad pacjentem z przetoką jelitową.

Opierając się na wypracowanym modelu opieki nad pacjentem ze stomią, który jest rekomendowany przez Polski Klub Koloproktologii, opieka nad chorym z przetoką jelitową jest procesem, który powinien się rozpocząć w momencie podjęcia przez chorego decyzji o zabiegu operacyjnym. Jej celem jest zapewnienie choremu wsparcia, skrócenie czasu hospitalizacji oraz osiągnięcie przez niego niezależności w codziennym funkcjonowaniu [7, 8].

Realizacja celu jest możliwa przez praktyczne zastosowanie teorii samoopieki opracowanej przez Dorothy Orem, którą można realizować w ramach procesu pielęgnowania zarówno w szpitalu, jak i w domu. Wymieniona teoria zasadniczo obejmuje trzy komponenty: teorię samoopieki, teorię deficytów samoopieki i teorię systemów pielęgnowania. Autorka definiuje samoopiekę jako: „świadomą i wyuczoną aktywność ukierunkowaną na zaspokajanie określonych potrzeb, która w sposób celowy reguluje integralność, funkcjonowanie i rozwój jednostki” [9].

Podstawowym założeniem teorii samoopieki jest stwierdzenie, że człowiek posiada naturalną skłonność do zapewnienia opieki sobie samemu oraz opiekowania się osobami od niego zależnymi. Indywidualna zdolność do samoopieki, podobnie jak zapotrzebowanie na opiekę, zmienia się i zależy od wielu czynników, takich jak: wiek, płeć, etap rozwojowy, stan zdrowia, orientacja socjokulturowa, sytuacja rodzinna, styl życia, czynniki środowiskowe i dostępność do źródeł pomocy.

W prawidłowych warunkach człowiek podejmuje zatem z własnej woli samoopiekę, nabywając w ciągu życia określoną wiedzę i umiejętności pozwalające na jej realizowanie.

Samoopieka jest zapewniana przez realizowanie określonych potrzeb. Doroty Orem wyróżnia trzy kategorie potrzeb:

- uniwersalne — wspólne dla wszystkich ludzi i zaspokajane w codziennej aktywności;
- rozwojowe — niezbędne do promowania rozwoju na wszystkich etapach życia człowieka;
- w tak zwanych dewiacjach, czyli wszelkich odchyleniach od stanu zdrowia w wyniku choroby, niepełnosprawności lub urazu.

Według Orem opieka pielęgniarska jest konieczna wtedy, gdy człowiek dorosły lub osoba zależna od innych (np. dziecko, osoba starsza) są z różnych powodów niezdolne, bądź mają ograniczoną zdolność zapewnienia sobie stałej i efektywnej samoopieki. W sytuacji ograniczenia zaspokajania potrzeb w zakresie zdolności do opieki lub zwiększonego zapotrzebowania na nią powstaje stan określany jako deficyt samoopieki. W sytuacji wystąpienia deficytu w samoopiece autorka wskazuje na konieczność zastosowania systemu pielęgnowania w pełni kompensacyjnego, częściowo kompensacyjnego lub wspierająco-uczącego. System w pełni kompensacyjny stosuje się wtedy, gdy pacjent wymaga całkowitej zależności od pielęgniarki i innych osób. W systemie częściowo kompensacyjnym aktywność podejmuje zarówno pielęgniarka, jak i pacjent częściowo zdolny do zapewnienia samopielęgnowania. Głównymi czynnikami, od których zależy, kto ponosi odpowiedzialność za określone działania, jest stan pacjenta, a także jego wiedza, sprawności i możliwości psychiczne.

W systemie wspierająco-uczącym, określanym przez autorkę jako rozwojowy, pacjent wymaga asystowania pielęgniarki jako osoby pomagającej mu w nauczaniu się samoopieki terapeutycznej. Ten system stosuje się u osób, które są potencjalnie zdolne do zapewnienia sobie opieki, ale nie mają wystarczającej wiedzy lub motywacji lub wymagają pomocy w podejmowaniu decyzji. Dominującymi metodami w tym systemie są udzielanie choremu wsparcia społecznego i uczenie go w celu uzyskania przez niego samodzielności i niezależności w codziennym pielęgnowaniu i funkcjonowaniu [10–12].

Zdecydowana większość autorów zajmująca się tematem wsparcia definiuje je w ujęciu funkcjonalnym, które można określić jako: „rodzaj interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej bądź krytycznej” [13–15]. W badaniach dotyczących wsparcia społecznego wskazuje się jednoznacznie, że może ono modyfikować zachowanie człowieka. Jest także czynnikiem „buforowym” zmniejszającym ryzyko wystąpienia chorób somatycznych i psychicznych oraz jest istotną zmienną sprzyjającą procesom leczenia i rehabilitacji.

Pielęgniarka, realizując funkcje zawodowe w opiece nad pacjentem z przetoką jelitową, oferuje swoją

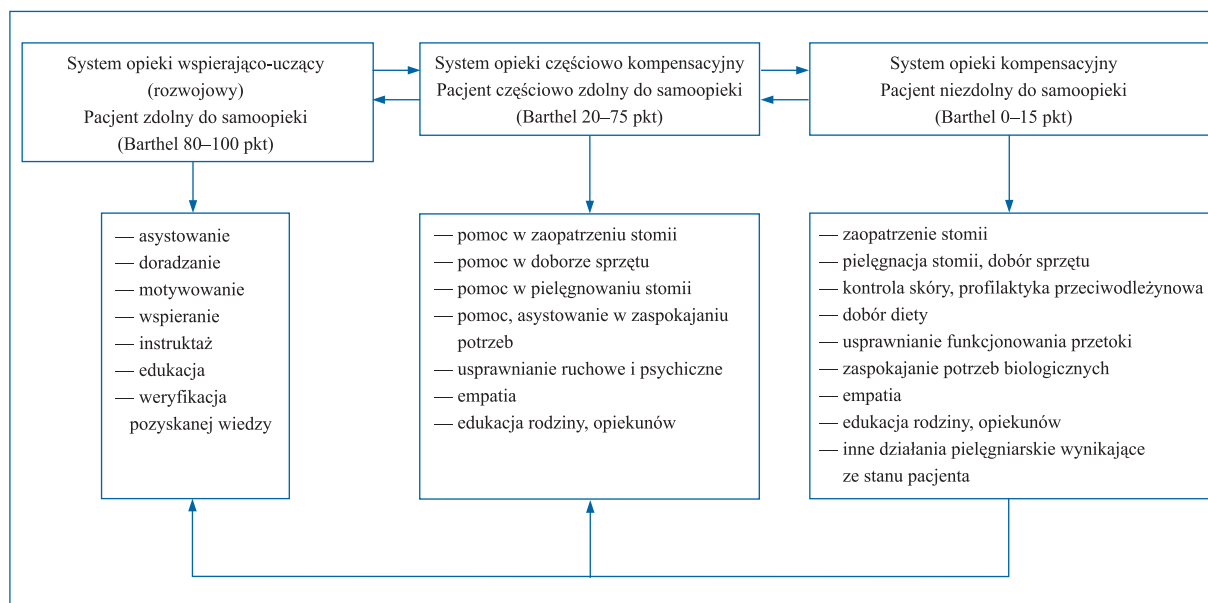
pomoc przez zastosowanie technik wspierających, zapewnienie potrzebnego przewodnictwa, kształtowanie środowiska, uczenie, doradzanie i konsultowanie. Podstawowym warunkiem, niezbędnym do podjęcia opieki pielęgniarskiej i określenia jej zakresu, jest umiejętne rozpoznanie potrzeb pacjenta oraz indywidualna ocena deficytów w zakresie samoopieki na podstawie dostępnych narzędzi i technik, zgromadzonych danych na temat pacjenta wynikających z obserwacji, pomiaru, badania przedmiotowego. Warunkuje to dobór najskuteczniejszych metod pielęgnowania.

Pierwsza z omawianych metod pielęgnowania dotyczy działania „za” i „dla” pacjenta. Polega na przejęciu tych czynności pielęgnacyjnych, których człowiek nie może samodzielnie wykonać, na przykład zmiana opatrunku na przetoce jelitowej. Na tym etapie opieki ważna jest pełna świadomość roli, jaką podejmuje osoba pomagająca, oraz respektowanie praw pacjenta, informowanie o celu czynności, której jest on podmiotem, oraz włączanie go w podejmowanie decyzji. Metoda ta powinna uwzględniać istotę, stopień oraz czas trwania deficytu i być stopniowo zastępowana innymi metodami, na przykład wspieranie, doradzanie, uczenie (ryc. 1).

Głównym celem wsparcia udzielanego choremu jest dawanie możliwości swobodnego i otwartego wyrażania swoich myśli, emocji i uczuć przez aktywne słuchanie, akceptację, empatię i zrozumienie tych przeżyć przez osobę pomagającą. Ponadto przedyskutowanie z chorym planów, asystowanie w poszukiwaniu innych rozwiązań i udzielaniu pomocy w realizowaniu zadań, na przykład dotarcie do informacji o grupach wsparcia, ocenie zasadności irygacji jelita, środków pomocniczych stosowanych w przypadku wystąpienia powikłań miejscowych.

Kolejną metodą jest kształtowanie środowiska sprzyjającego rozwojowi pacjenta. Metoda ta polega na wytworzeniu takich warunków środowiska, które motywują osobę do określenia celów i priorytetów, oraz podjęcia działań w celu ich osiągnięcia. Pomoc w osiągnięciu pełnego rozwoju wymaga zapewnienia odpowiednich środków materialnych, stworzenia atmosfery bezpieczeństwa, szacunku, solidarności, zaufania oraz akceptacji. Dobrym przykładem funkcjonowania tej metody są grupy wsparcia. W odniesieniu do osób z przetoką jelitową na uwagę szczególnie zasługuje działalność Polskiego Towarzystwa Chorych ze Stomią (POL-ILKO), powstałego w 1987 roku w Poznaniu, które posiada własną stronę internetową, jest członkiem *International Ostomy Association* (IOA), wydaje czasopismo „Nasza Troska”, organizuje w ramach grupy tak zwane *visitors* spotkania osób z wytworzoną już stomią z pacjentem oczekującym na zabieg lub bezpośrednio po nim oraz organizuje konferencje naukowo-szkoleniowe.

W sytuacji, gdy pacjent oczekuje pomocy w podejmowaniu decyzji i znalezienia optymalnego sposobu



**Rycina 1.** Systemy opieki według Orem (opracowanie własne)

**Figure 1.** Care system according to Orem (author's report)

postępowania pielęgniarka wykorzystuje metodę doradzania. Warunkiem powodzenia tej metody jest efektywne (partnerskie) komunikowanie między pielęgniarką a pacjentem oraz motywacja i zdolność do wykonywania wymaganych działań przez pacjenta. Doradzanie polega na umiejętnym stosowaniu sugestii, instruowaniu i udzielaniu wskazówek. Przykładem zastosowania tej metody jest wspólnie z pacjentem dobór sprzętu do zaopatrzenia przetoki jelitowej (jednoczęściowy, dwuczęściowy, otwarty czy zamknięty), ustalenie postępowania po wyjściu ze szpitala, ustalenie indywidualnej diety, która z czasem będzie stale modyfikowana.

Metodą istotną w opiece nad chorym wykazującym brak wiedzy lub umiejętności koniecznych do podejmowania samoopieki jest uczenie, często rozumiane w szerokim aspekcie, jakim jest edukacja zdrowotna. Według Charońskiej edukacja jest całokształtem działań zmierzających do kształtowania zachowań zdrowotnych [16]. Skuteczność uczenia zależy między innymi od trafności rozpoznania deficytów wiedzy, postawienia diagnozy pielęgniarstwa, motywacji, zainteresowań i gotowości pacjenta do uczenia się i zmiany zachowań, zwłaszcza jeśli są antyzdrowotne. Ważnym elementem w procesie uczenia jest ocena możliwości pacjenta do podejmowania samoopieki. W ocenie należy uwzględnić między innymi: wiek, wykształcenie, sprawność zmysłów, stan somatyczny, styl życia, przyzwyczajenia i wcześniejsze doświadczenia. Celem uczenia (edukacji) pacjenta w systemie wspierająco-uczącym są systematyczne przekazywanie wiedzy, minimalizacja lęku związana z trudną sytuacją, jaką jest

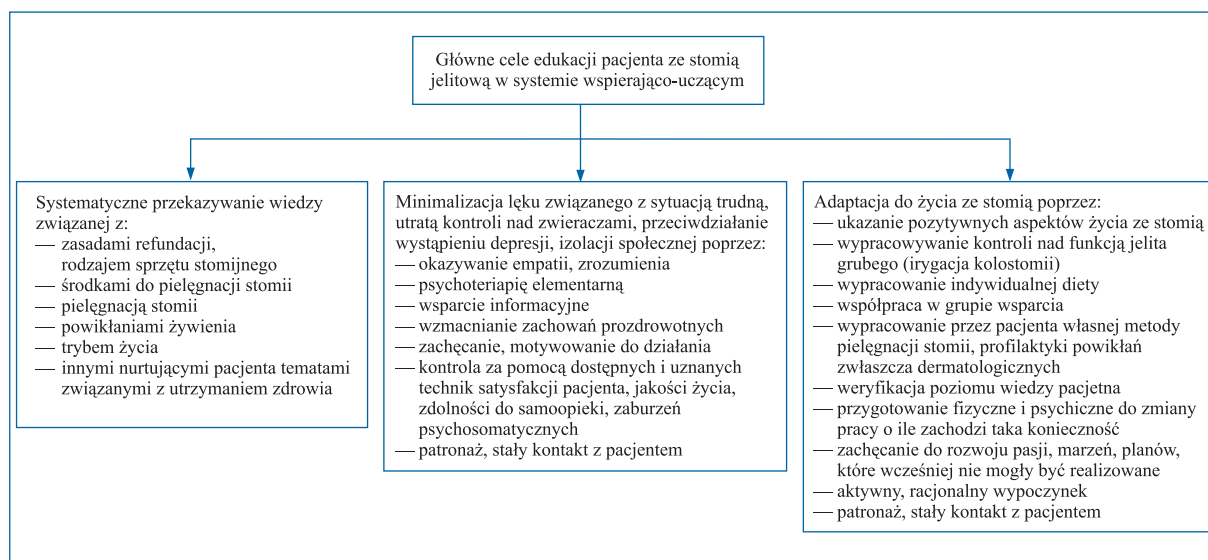
wyłonienie przetoki kałowej, akceptacja i adaptacja do życia z przetoką (ryc. 2.)

Kolejnym ważnym krokiem jest ustalenie, wspólnie z pacjentem, celu i planu uczenia z uwzględnieniem zasad nauczania, treści, środków (broшуry, ulotki, filmy), miejsca, czasu oraz metod kontroli i oceny osiągnięć pacjenta. Za wynik pozytywny działania pielęgniarki edukatora w systemie rozwojowym należy uznać: samodzielną zmianę sprzętu stomijnego przez pacjenta, znajomość zasad refundacji, podejmowanie decyzji dotyczących własnego zdrowia, funkcjonowanie w społeczeństwie (spotkania w towarzystwie, imprezy kulturalne, powrót do pracy, zmiana pracy, uczestniczenie w życiu religijnym, niska absencja w szkole — dotyczy osób w wieku szkolnym) [16].

## Podsumowanie

Przygotowanie pacjenta z przetoką jelitową do samoopieki i związane z nim działania edukacyjne są wciąż niewystarczające, chociaż na przełomie ostatnich lat obserwuje się intensywnie rosnące zainteresowanie aspektami samoopieki i szeroko rozumianą wtórną edukacją zdrowotną. Nadal nie docenia się roli pielęgniarki jako edukatora. W badaniach własnych prowadzonych w 2005 roku na terenie województw południowej Polski wśród osób z wyłonią przetoką jelitową potwierdzono, że pacjenci są niedostatecznie przygotowywani do samoopieki, wykazując znaczne deficyty wiedzy, które mogą znacząco utrudniać akceptację i adaptację do życia ze stomią [4, 17]. Przedstawiony system pielęgnowania wspierająco-uczącego coraz powszechniej wykorzystuje się w praktyce w odniesieniu do pacjentów znaj-





**Rycina 2.** Cele edukacji pacjenta ze stomią (opracowanie własne)

**Figure 2.** Objectives of educating patient with the stoma (author's report)

dujących się w różnych stanach klinicznych, potencjalnie zdolnych do samoopieki. Podstawą tego systemu jest pomoc pacjentowi w uzyskaniu niezależności i samodzielności w codziennym pielęgowaniu. Należy mieć jednak świadomość, że zastosowanie go w praktycznym działaniu wymaga od pielęgniarki wiedzy i różnorodnych umiejętności. Wdrażanie systemu powinno się odbywać stopniowo na podstawie zapotrzebowania oraz wydolności psychofizycznej pacjenta. Należy również pamiętać o ciągłości i systematyczności wdrażanego modelu, gdzie szczególny nacisk należy kłaść zarówno na przekazywanie wiedzy i naukę praktyczną samoopieki w szpitalu, jak i kontynuację procesu nauczania oraz motywowania pacjenta w domu, po opuszczeniu oddziału zabiegowego, poprzez działania edukacyjne pielęgniarki stomijnej opiekującej się pacjentem, pielęgniarki środowiskowej lub pielęgniarki opieki długoterminowej czy też hospicyjnej, jeżeli stan pacjenta wymaga opieki paliatywnej.

## Piśmiennictwo

- Bielecki K. Dobra stomia. *Proktologia*. 2004; 1 (supl.): 27–28.
- Rutkowski A. Opieka stomijna. *Nowa Medycyna. Onkologia* 1999; 1: 51–53.
- Kózka M. (red.). Wybrane standardy opieki pielęgniarskiej. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 1997.
- Kózka M., Bazaliński D., Cipora E. Wiedza pacjenta z przetoką jelitową elementem przygotowania do samoopieki. *Zdrowie Publiczne* 2006; 4: 591–595.
- Szczepkowski M. Rak odbytnicy — czynnościowe wyniki leczenia i jakość życia. *Proktologia dla Lekarzy Rodzinnych* 2004; 4: 35–46.
- Fryc-Martyńska J. Psychologiczne następstwa wytworzenia brzuszego odbytu oraz znaczenie sposobu informowania chorych i ich rodzin. *Polski Tygodnik Lekarski* 1989; 44: 469–472.
- Kózka M., Bielecki K. Model opieki nad pacjentem ze stomią. Rekomendacje Polskiego Klubu Koloproktologii. *Medycyna Praktyczna. Chirurgia* 2003; 3: 48–52.
- Kózka M. Opieka nad pacjentem z wybranymi chorobami jelit, odbytnicy i odbytu. W: Walewska E. (red.). *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. PZWL, Warszawa 2006.
- Orem D.E. *Nursing concept of practice*. McGraw-Hill, New York 1985.
- Poznańska S., Płazewska L. *Modele i teorie pielęgowania*. Wyd. UJ, Kraków 2000.
- Szewczyk M.T., Cierznikowska K., Ślusarz R., Cwajda J., Stodolska A. Modele opieki pielęgniarskiej. *Przewodnik Lekarski* 2005; 2: 82–86.
- Orem D.E. Vardimam E.M. *Orems nursing theory and positive mental health: practical considerations*. *Nurs. Sci. Q.* 1995; 8: 165–173.
- Sęk H., Cieślak R. (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006: 18–19.
- Kanisty K., Norris F.H. Socjal support dynamics In adjustment to disasters. W: Duck S. (red.). *Handbook of personal relationships*. New York, John Wiley 1997: 596–624.
- Payne R. L., Jones G. Measurement and methodological issues in social support. W: Kasl V., Cooper C.L. (red.). *Stress and health: issues in research methodology*. John Wiley and sons, Chichester 1987: 167–205.
- Charońska E. Wybrane elementy z edukacji zdrowotnej. CEM, Warszawa 1997.
- Bazaliński D., Kózka M., Czupryna A. Występowanie późnych powikłań po wyłonieniu przetoki jelitowej (stomii). *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2006; 4: 135–140.